

Instituto Superior Miguel Torga

Escola Superior dos Altos Estudos

IMPACTO DAS POLÍTICAS DE AUSTERIDADE NO
PROTELAMENTO DE ALTAS SOCIAIS EM HOSPITAIS
PÚBLICOS E NO TRABALHO DOS ASSISTENTES
SOCIAIS

Sofia Alexandra Pedro Rendeiro

Dissertação de Mestrado em Serviço Social

Coimbra, 2015

IMPACTO DAS POLÍTICAS DE AUSTERIDADE NO PROTELAMENTO DE ALTAS SOCIAIS EM HOSPITAIS PÚBLICOS E O TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS

Sofia Alexandra Pedro Rendeiro

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social

Orientadora: Professora Doutora Alcina Maria Castro Martins

Coimbra, agosto de 2015

Índice

Índice.....	1
Lista de siglas.....	2
Resumo	3
Abstract	4
Introdução	5
1. Estado social e políticas de austeridade na saúde	7
1.1. Alterações na política de saúde e reforma hospitalar	8
2. Planeamento e protelamento de altas sociais e o Serviço Social.....	11
2.1 Condição social do doente e implicações no planeamento de alta.....	12
2.2 Planeamento de altas e o trabalho do Assistente Social com outros profissionais	12
2.3 Impacto da austeridade nas condições de vida dos doentes e famílias e suas repercussões no protelamento de altas	16
3. Protelamentos de alta social em contexto da erosão das funções sociais do Estado	22
3.1 Protelamentos de alta social segundo os relatórios e contas de hospitais públicos E.P.E. (2008-2013).....	22
3.2 Caracterização da condição dos doentes em situação de protelamento de alta no Centro Hospitalar do Médio Tejo	27
4. Constrangimentos e possibilidades do trabalho do Serviço Social no protelamento de altas	31
Conclusão.....	32
Bibliografia	35
Anexo 1	43

Lista de siglas

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

CHLO – Centro Hospital Lisboa Ocidental

CHMT- Centro Hospitalar do Médio Tejo

CRP – Constituição da República Portuguesa

DGS – Direção Geral de Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

ERS- Entidade Reguladora da Saúde

ISS – Instituto de Segurança Social

LDM – Longa Duração e Manutenção

MDR – Média Duração e Reabilitação

MSSS – Ministério da Solidariedade e Segurança Social

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

Pah – Planeamento de alta hospitalar

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Resumo

O protelamento de alta social é uma área de extrema importância no trabalho do assistente social nos hospitais. Este problema existe nos hospitais públicos e diz respeito aos doentes que permanecem internados após a alta clínica, por falta de condições sociais adequadas à continuidade de cuidados após a alta.

Com este trabalho pretende-se fazer uma aproximação à realidade dos protelamentos de alta em hospitais públicos depois da crise de 2008 e 2011; analisar o impacto da austeridade na condição dos doentes e famílias e o seu reflexo nos protelamentos de alta e no trabalho do assistente social nos hospitais; caracterizar a condição social dos doentes em situação de protelamento de alta no Centro Hospitalar do Médio Tejo entre 2013/2014 e compreender o trabalho desenvolvido pelo serviço social nas situações de protelamento de alta e nas equipas de saúde.

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica e documental. Foram analisados os relatórios e contas dos hospitais públicos, E.P.E. entre 2008 e 2013 e os processos sociais dos doentes com alta social protelada no CHMT entre 2013 e 2014. A análise dos relatórios permitiu uma aproximação ao problema, uma vez que a fragmentação da informação disponibilizada não permite uma análise plena do problema. Existiu um aumento de 7 registos entre 2008 e 2013 e um aumento de 1847 doentes em protelamento de alta nesse período. No CHMT estiveram 45 doentes em protelamento de alta, 33 dos quais com mais de 65 anos e 37 tinha rendimentos abaixo do salário mínimo nacional. A maior parte das famílias não tem capacidade para dar apoio aos e a falta de vaga em lares comparticipados condiciona a resolução destas situações.

A restrição de direitos sociais que as medidas de austeridade têm implementado, refletem a desmoronamento do Estado Social e precariza a condição social de doentes, necessárias após a saída do hospital.

O trabalho do assistente social no planeamento e protelamento de alta é condicionado pela falta/ insuficiência de políticas sociais, sendo analisadas algumas possibilidades no seu trabalho.

Palavras-chave: serviço social e planeamento e protelamento de alta, políticas sociais, austeridade e protelamento de alta social, Estado social

Abstract

The delay of social discharge is a very important area in the work of social worker in the hospitals. This problem exist in the public hospitals and concerns patients, who stay in the hospital after the hospital discharged, because of the failure to the appropriate social conditions for keeping the necessary care after the discharge.

This work intend to show, as soon as possible, the reality of the delays in the public hospitals after the crisis of 2008 and 2011, analyze the impact of austerity in the life of patients and families, characterize the social condition of patients from delay of social discharge in Centro Hospitalar do Médio Tejo between 2013/2014 and understand the developed work from social workers in this situations and in the health teams.

The methodology used was bibliographic and documentary research. Reports accounts from public hospital E.P.E. between 2008 and 2013 were analyzed, as the social process from patients with social discharge in the CHMT between 2013 and 2014. The analysis of reports, allowed the approach to the problem, because shortage of information does not allow the real analysis of the problem. Between 2008 and 2013 exist more 7 records, and an increase off 1847 patients with hospital discharge in this period. In CHMT were 45 patients with social delay, 33 of them, with more than 65 years old and 35 with low social income. Majority of this families have no capacity to give the necessary support to this patients, and the few reimbursed places, available, determines to solve this problem.

The limitation of social rights, because of the austerity, show the colapse of social conditions, and decreases the social condition of patients necessary after hospital discharge.

The work of the social worker in the process of planning and delay the dischargeis conditioned for the nonexistence/ insuficiency of social policies, it is analized some possibilities in their work.

Keywords: social work and planning and postponement release, social policies, austerity and social postponement release, Welfare State

Introdução

Este trabalho de investigação integra-se no âmbito do Mestrado em Serviço Social, ao abrigo do regime especial da Escola Superior de Altos Estudos do Instituto Superior Miguel Torga.

A escolha do tema foi motivada pela atividade profissional que a autora tem desenvolvido desde 2008, enquanto assistente social num hospital público da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo e que tem proporcionado o acompanhamento de situações de protelamento de alta social. A experiência profissional revelou um agravamento do problema, que suscitou na autora a necessidade de melhor o compreender. Por isso, em 2013 propôs-se a recolher e sistematizar informação sobre a situação social dos doentes nestas circunstâncias, constrangimentos sociais à continuidade de cuidados e resolução da situação, na instituição onde trabalha. Esse trabalho focou-se na população adulta, à semelhança desta dissertação.

A questão dos protelamentos de alta social nos hospitais é essencialmente abordada nos meios de comunicação social, associada às famílias que abandonam os doentes nos hospitais, veja-se os artigos de jornais “falta de dinheiro e de tempo são causa de abandono de familiares nos hospitais” (Económico, 2012), “há cada vez mais idosos abandonados nos hospitais” (sapo, 2014) e à falta de vagas nas instituições “dezenas de doentes passam o natal no hospital por falta de vaga em cuidados continuados e lares” (Jornal i, 2014). Refere-se ainda o exemplo do artigo “casos sociais ocuparam mais de 250 camas de grandes hospitais” (Lusa, 2014) que trata a questão de uma outra forma.

A pesquisa bibliográfica mostrou que o protelamento de alta social nos hospitais é abordado nos Relatórios e Contas de hospitais públicos, sendo a maioria dos trabalhos relacionados com as questões associadas à alta clínica e social remetidos para o processo de planeamento de alta. A abordagem é feita por profissionais de áreas diferentes, como o trabalho no âmbito da Saúde e envelhecimento de Teixeira (2012), que se centra num internamento hospitalar, concluindo que um planeamento de alta hospitalar integrado tem repercussões positivas na satisfação e no bem-estar dos doentes e famílias e na redução das reincidências hospitalares.

A dissertação de Martins (2003) aborda a prática profissional dos enfermeiros na programação das altas com doentes e famílias. O trabalho de projeto de Garção (2013) no âmbito do curso de mestrado em gestão da saúde apresenta uma investigação tipo experimental, com um estudo comparativo entre dois grupos de hospitais, num dos quais foi implementada um planeamento de alta standardizado e outro que constituiu o grupo de

controlo. É concluído que um planeamento de alta standardizado não tem um impacto significativo nos indicadores de desempenho hospitalar como a redução das Taxas de Reinternamento e da Demora Média hospitalar, não sendo considerados aspetos relativos à situação social dos doentes neste trabalho.

A inexistência de trabalhos que analisem a realidade dos protelamentos de alta a nível geral do país, o trabalho do assistente social e as repercussões das políticas de austeridade nestas situações, levou a que se pretendesse realizar uma aproximação à dimensão e caracterização do problema a nível nacional. Para o efeito, foram escolhidos os relatórios e contas dos hospitais E.P.E. como fonte documental para proceder a uma investigação de cariz nacional, que por uma questão de simplificação serão designados de relatórios nas referências seguintes.

Uma vez que as condições sociais do doente e família estão diretamente relacionadas com os protelamentos de alta e as medidas de austeridade resultantes da crise de 2008 e 2011 contribuirão para a sua deterioração, conduziu ao ponto de partida desta dissertação - qual o impacto das medidas de austeridade desde 2008 no protelamento de alta e também no trabalho do assistente social em hospitais públicos. Os objetivos gerais são:

- Fazer uma aproximação à situação dos protelamentos de alta em hospitais públicos depois de 2008;
- Caracterizar a condição social dos doentes em situação de protelamento de alta no CHMT entre 2013/2014;
- Compreender o trabalho desenvolvido pelo serviço social nas situações de protelamento de alta e nas equipas de saúde;
- Analisar o impacto da austeridade na condição dos doentes e famílias e o seu reflexo nos protelamentos de alta e no trabalho do assistente social nos hospitais.

Do ponto de vista metodológico, esta investigação centra-se na pesquisa bibliográfica e documental. Essa pesquisa recaiu sobre: as políticas sociais [Varela, 2012], a política de saúde [Carreira (1996), Santos (1990), Rosa (2012), Mozzicafredo (2000)] e a questão da reforma hospitalar [Ribeiro (s.d.)]. Refere-se ainda o planeamento de alta [Teixeira (2012), Carvalho (2012)], o Serviço Social [Garção (2013), Carvalho (2012), Teixeira (2012), Netto (2013), Martinelli (2003)], o trabalho multidisciplinar [Iamamoto, 2002] e as políticas de Segurança Social (ISS).

Recorreu-se também a indicadores estatísticos como: Ministério Solidariedade Emprego e Segurança Social (GP, MESS,2013), Instituto da Segurança Social, (ISS, 2015), CES (2013), Fundação Francisco Manuel dos Santos (FFMS, 2014, 2015).

Este trabalho encontra-se estruturado em 3 pontos. Primeiramente é abordada a trajetória das políticas sociais em Portugal após o 25 de Abril de 1974, desde a criação do SNS às orientações neoliberais traduzidas na reforma hospitalar. É analisado a erosão do Estado Social nas tarefas da solidariedade social, através das alterações às políticas sociais nos últimos anos.

Seguidamente, no ponto 2, é abordado o processo de planeamento de alta nos hospitais e a problemática dos protelamentos de alta social, bem como o trabalho do serviço social e o trabalho em equipa. São também analisadas as alterações à política de segurança social e o impacto das medidas de austeridade nas condições de vida das pessoas, nos direitos sociais e na questão dos doentes com alta clínica, que se mantêm internados por motivos sociais.

No ponto 3 deste trabalho é feita uma análise a partir dos relatórios e contas de hospitais públicos E.P.E., para identificar como os hospitais tratam a questão dos protelamentos de alta a nível nacional, a sua dimensão e as características do problema. Foi feita uma investigação relativa aos protelamentos de alta no CHMT através de informação do Serviço Social, com conhecimento e autorização do Conselho de Administração desse hospital (Anexo1) e da Coordenadora do Serviço Social do CHMT. A Informação recolhida foi tratada de forma anónima, respeitando os princípios éticos e deontológicos.

Por fim, no ponto 4, foi feita uma abordagem aos constrangimentos do trabalho do serviço social na problemática em consideração e potencialidades de intervenção, apresentando por fim a conclusão deste trabalho.

1. Estado social e políticas de austeridade na saúde

A solidariedade social é uma prática que existe desde sempre e que acompanha a evolução da sociedade, assumindo formas de organização diferentes. Num Estado social as tarefas de solidariedade social são assumidas pelo Estado, que em Portugal surgiu com a mudança de regime político em 1974. Nesse contexto, com a aprovação da Constituição da República Portuguesa (CRP) de 1976, é instituída a segurança social e solidariedade como “...um

conjunto de «direitos e deveres sociais», «incumbido ao Estado a criação e organização de serviços universais e «tendencialmente gratuitos» (Varela, 2012, p. 26) ». Na saúde, o Estado assumiu-se como “...principal financiador e produtor de cuidados de saúde” (Santos, 1990) e criou o Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1978. Este é a forma do Estado assegurar o direito à proteção da saúde e é constituído pela rede de órgãos e serviços que visa a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população (Lei do SNS - Lei nº 56/79 de 15 de Setembro). E atribuído ao Estado, a “incumbência de mobilizar recursos financeiros indispensáveis ao SNS, de modo a assegurar a sua progressiva implantação e realização” (Carreira, 1996).

A partir da década de 80, o Estado social começou a ser posto em causa pelas tendências neoliberais que já há muito se sentiam noutros países e se começam a instalar em Portugal. O capital ganha importância relativamente ao bem-estar social, com reflexo nas políticas que vinham a ser instituídas desde o período pós revolução. Desde então, o papel do Estado tem vindo a ser alterado, como refletem as políticas instituídas que se seguiram às crises financeiras e políticas que têm marcado as últimas décadas, especialmente as de 2008 e 2011.

1.1. Alterações na política de saúde e reforma hospitalar

Desde a instituição do direito à proteção à saúde através da CRP de 1976 e a Lei do Serviço Nacional de Saúde em 1979, muitas foram as alterações que as tendências neoliberais implementaram na política de saúde em Portugal. O papel do Estado tem vindo a ser progressivamente alterado, bem como o acesso à proteção à saúde.

Na década de 80 tiveram início as convenções entre o Estado e os agentes privados, bem como a regulamentação das condições de exercício do direito de acesso ao SNS, que passou de universal e gratuito (artigo 64 da CRP de 1976), a tendencialmente gratuito (CRP de 1989), com a reposição das taxas moderadoras. Relativamente a este assunto, Santos (1990) refere que estas alterações vêm numa “ lógica de subversão da filosofia de base do SNS e da sua substituição por um modelo de vocação privatizante”.

Na década de 90, a aprovação da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) passa a prever a possibilidade de serem cobradas taxas moderadoras. É publicado o novo estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro) e o Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de abril estabelece o regime de acesso a alguns serviços, como o Serviço de Urgência, Consultas

entre outros. Relativamente ao financiamento do SNS, este deixou de ser apenas da responsabilidade do Estado, mas também de outras entidades como os beneficiários, mediante as suas condições económicas e sociais. Segundo Serapioni (2011, p. 611) “o maior papel atribuído ao sector privado na prestação de cuidados e no financiamento provocou uma diferenciação no acesso aos serviços de saúde e colocou novamente em primeiro plano o problema da equidade”.

Nos anos que se seguiram, destaca-se o período de 2002 a 2004, em que “...foram aprovadas algumas normas dirigidas a reforçar o sistema de saúde misto, baseado nos pressupostos de complementaridade entre o sector público, social e privado” (idem).

Com a crise económica e financeira em 2008 sucederam-se novas e profundas alterações que marcaram o sector social. A crise da dívida pública originou três programas de austeridade, com cortes no setor social, que o Governo responsabilizou pelos gastos sociais na dívida pública (Varela, 2012). Seguiu-se um pedido de ajuda externa que resultou num protocolo de entendimento com a Comunidade Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional (Troika) (idem) em 2011 e desde então que têm sido implementadas reformas na área da Educação, Segurança Social e Saúde, com privatização de serviços e perda de direitos sociais por parte da população.

Segundo Rosa (2012), de 2000 a 2012 houve uma diminuição da despesa do Estado na área da saúde e por isso a população tende a suportar cada vez mais os seus custos. Comparativamente aos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), em 2012 Portugal apresentava uma despesa pública na saúde inferior à média desses países e mesmo assim a Troika exigiu cortes de 670 milhões de euros neste setor (Henning, 2013).

Foram introduzidas novas regulamentações no acesso às prestações do SNS por parte dos utentes, através do Decreto -Lei n.º 113 de 29 de novembro de 2011, com o regime de taxas moderadoras e a aplicação de regimes especiais de benefícios como o transporte de doentes não urgentes. O acesso a um conjunto de benefícios passou a depender de determinados critérios, de entre os quais a insuficiência económica ¹.

¹ Utente que integre agregado familiar cujo rendimento médio mensal seja igual ou inferior a €628,83 (1,5X 419,22 (Indexante de apoios sociais))

Em resultado das medidas instituídas, em 2011 houve um aumento significativo das taxas moderadoras, numa média de 72%, atingindo os 100% em algumas situações (Entidade reguladora da saúde, 2013). De 2011 a 2013, uma consulta de enfermagem passou de gratuita a €5 e uma ida à urgência polivalente passou de €9,60 para €20,60 (idem). Sobre esta questão, Michel Porter (2012) considera que “o aumento das taxas moderadoras não resolve o problema de criação de valor na saúde” e “ só muda os custos de uma pessoa para a outra e torna os serviços iguais”

Ainda em 2011, ano da entrada da Troika em Portugal, foi apresentado o relatório do grupo técnico para a reforma hospitalar ²(Ribeiro, s.d.). Este documento apresenta como objetivo contribuir para a competitividade, inovação e humanização e os autores consideram que a melhoria do desempenho passará pela liberdade de escolha e complementaridade entre hospitais, defendendo a igualdade de oportunidades, nomeadamente geográfica e no acesso de todos às terapias mais avançadas quando oportuno (idem, p.25). O relatório em causa acrescenta que a empresarialização dos hospitais será uma das vias para atingir os objetivos acima referidos, por trazer ganhos na qualidade e eficiência. No entanto, a este respeito, Rosa (2012) refere que a diminuição das transferências do Orçamento de Estado para o SNS e hospitais Entidade Pública Empresarial (EPE), tem resultado num aumento das respetivas dívidas e prejuízos, essencialmente nos anos pós Troika.

O referido relatório prevê ainda o crescimento dos cuidados em ambulatório, a transformação de camas de agudos em camas de cuidados continuados e a abertura, alteração e encerramento de unidades hospitalares.

No CHMT, a reorganização implementada em 2012 concentrou especialidades numa única Unidade hospitalar (a medicina interna passou das 3 Unidades para existir apenas na unidade de Abrantes) e o número de camas de internamento tem vindo a ser reduzido.

A Portaria 82/2014 de 10 de Abril, que pretende concretizar as medidas prevista no relatório, propõe uma nova classificação dos hospitais, que consequentemente levará ao encerramento de serviços em algumas Unidades, alguns dos quais “...de grande relevância e prestígio técnico”, nas considerações de Boquinhas (2014). Estas alterações, ainda por implementar, poderão pôr em causa o objetivo da igualdade de oportunidades, nomeadamente geográfica, da reforma prevista no relatório. Contribuirão também para a diminuição do número de

² Por uma questão de simplificação, será designado nas referências seguintes por “relatório”

camas nos hospitais, que em média por habitante já eram em 2010 e 2011 inferiores aos restantes países da OCDE (2013) e para a privatização de serviços.

A passagem dos cuidados de saúde para o setor privado tem sido crescente, como é demonstrado pelos contratos que têm vindo a ser estabelecidos com algumas entidades privadas e pela previsão de devolução de alguns hospitais às Misericórdias em 2015 (Diário da República, 1.^a série — N.º 195 — 9 de outubro de 2013). Dados da OCDE (2013) revelam que o setor privado em Portugal tem ganho importância, nomeadamente com o crescimento da cobertura da população por seguros de saúde privados. Já Varela (2015) faz referência ao aumento das urgências no setor privado de 95%.

Não sendo o setor privado um recurso acessível aos grupos mais vulneráveis da população e estando o acesso a um conjunto de serviços de saúde cada vez mais condicionado, as medidas referidas comprometem o acesso dessas pessoas à proteção da saúde. Segundo Henning (2013) “vastos sectores da população europeia pagam com a sua saúde, senão com a sua vida, as medidas de austeridade ditadas pela União Europeia (UE)”, “sendo que Portugal está entre as populações mais desfavorecidas e onde a UE impôs cortes sociais massivos” (idem). Nas considerações de Stuckler (cit in Morato, 2014) “mesmo em tempos de crise, investir em Saúde Pública é rentável...” e muito embora a recessão seja prejudicial, no caso da saúde, “as medidas de austeridade podem matar” (idem) “.

Indo ao encontro das considerações dos autores mencionados, no início de 2015 os meios de comunicação social relataram a morte de utentes em hospitais públicos que aguardavam observação médica no Serviço de Urgência, longas horas de espera para atendimento e sobrelotação de espaços. Estas notícias poderão refletir as consequências das reformas implementadas como o encerramento de Serviços de Urgência e camas nos hospitais.

2. Planeamento e protelamento de altas sociais e o Serviço Social.

O planeamento de alta é um procedimento desenvolvido pela equipa que acompanha o doente (médico, enfermeiro, assistente social e outros profissionais) durante o internamento hospitalar e que procura garantir a continuidade de cuidados após a alta hospitalar.

A alta clínica acontece quando a situação de saúde permite a satisfação das necessidades do doente fora do contexto hospitalar, sendo para isso necessário condições sociais que

permitam a sua saída do hospital (alta social). Quando o doente com alta permanece internado porque estas não estão asseguradas, a alta social é protelada.

2.1 Condição social do doente e implicações no planeamento de alta

Conforme mencionado, a condição social do doente é um aspeto essencial na satisfação das suas necessidades quando sai do hospital.

Um idoso que fique dependente na locomoção em sequência de um acidente vascular cerebral pode vir a depender de terceiros para atividades de vida diária (avd) como a higiene pessoal e alimentação, o que implica a disponibilidade de um cuidador, de ajudas técnicas para apoio na marcha e condições habitacionais adequadas para receber o doente - espaço para circulação de cadeira de rodas, casa de banho adaptada à situação, etc. Quando estas condições não estão reunidas, o doente poderá ter de integrar um lar, para a qual poderá ser necessário recursos financeiros, especialmente se for em instituições não comparticipadas pela Segurança Social.

A necessidade de condições sociais é inerente a situações clínicas de especialidades diversas como a traumatologia, psiquiatria, cirurgia, a oncologia, entre outras, que quando inexistentes ou insuficientes são um constrangimento ao planeamento de alta. Um idoso acamado por doença oncológica, precisa de um cuidador para lhe prestar os cuidados necessários. Se residir com a esposa idosa e os filhos viverem e trabalharem longe, a incapacidade para apoio da família será um constrangimento ao planeamento de alta. O mesmo acontece com um jovem com patologia psiquiátrica, que precise de vigilância permanente após a saída do hospital, mas reside com os pais, que se encontram empregados.

A pobreza é uma condição cada vez mais comum em doentes e famílias, devido à atual conjuntura económica e política, conforme será analisado no ponto 2.4 e dificulta a mobilização de condições à saída do doente do hospital.

2.2 Planeamento de altas e o trabalho do Assistente Social com outros profissionais

O planeamento de alta (Pah) em hospitais públicos é um ato profissional, multidisciplinar, desenvolvido de forma coordenada e adaptada às especificidades de cada hospital e

especialidades clínicas. Neste procedimento, o médico determina os cuidados que o doente precisa, programa a alta clínica, o enfermeiro procura garantir que o utente e cuidador adquiram as competências necessárias à sua prestação e o Assistente social, as condições sociais adequadas para a continuidade de cuidados.

Um adequado planeamento de alta é realizado de forma sistemática e iniciado o mais precocemente possível, devendo ser, como considera Garção (2013, p.9), “aplicado a todos os doentes que irão necessitar de cuidados médicos, como sociais, imediatamente após o internamento hospitalar, para tratamento de uma situação aguda”.

O Pah pode iniciar-se mesmo antes da admissão hospitalar, quando esta é programada (Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team, 2003 cit in Garção, 2013, p. 9). No CHMT são realizadas “sessões de ensino pré-operatório a doentes propostos para Artroplastia da anca e joelho”, nas quais o médico, enfermeiro e assistente social transmitem um conjunto de conhecimentos relativos a todo o processo que envolve a cirurgia e iniciam o planeamento de alta hospitalar. O Serviço Social procura identificar situações com necessidade de intervenção social e são realizadas as diligências necessárias para que o apoio no pós-alta esteja assegurado no dia do internamento. O alargamento deste procedimento a outras áreas seria uma mais-valia para todos os intervenientes.

Segundo Carvalho (2012, p.72), “o programa de planeamento de alta dos cuidados de saúde para a continuidade de cuidados responde tanto às necessidades das pessoas, como às necessidades de otimização dos recursos de saúde”, permitindo, segundo a DGS (DGS cit in Garção, 2013, p. 16), reduzir o tempo de internamento, o número de readmissões e o sucesso da reintegração dos doentes e suas famílias na comunidade. De um outro ponto de vista, Greenwald, Denham e Jack (2007, cit in Garção, 2013) consideram que qualquer tentativa de melhorar o processo de Pah, com o objetivo de redução de ocorrências de adversidades no período pós-alta e readmissões, terá efeitos profundos no financiamento do Sistema de Saúde.

Um estudo de Teixeira (2012) que teve como objetivo “... analisar as repercussões que um planeamento de alta hospitalar integrado pode ter na satisfação e no bem-estar dos doentes e famílias, tendo impacto ao nível da redução das reincidências hospitalares” concluiu que “...os procedimentos do planeamento integrado de alta hospitalar têm um impacto positivo ao nível da satisfação e sentimento de bem-estar global dos idosos no regresso ao domicílio, influenciando na redução das reincidências hospitalares.”

No que diz respeito ao trabalho do assistente social, a sua relação na área da saúde é histórica (Martinelli, 2003), remontando o seu início ao século XIX e XX. Sendo o hospital um dos seus campos de atuação, Carvalho (2003, p33) refere que “aqui o assistente social toma o campus de intervenção na abordagem do doente a dimensão “psicossocial”, visando “a promoção e proteção da saúde (...) dos direitos do doente, no processo de realização e cura” e assume-se como “mediador privilegiado entre a organização, doente/família/ contexto social e equipa de saúde”.

No Pah, o assistente social realiza um trabalho sistemático, orientado por indicadores de risco social (doente só, incapacidade familiar para apoio-familiar idoso, etc) e/ou clínico (fratura, neoplasia, entre outros), que deve acontecer o mais cedo possível no internamento. Nesse sentido, procura verificar diariamente os doentes admitidos, avaliando as situações que identificou através dos indicadores mencionados e situações referenciadas pela restante equipa terapêutica. Para este efeito, é fundamental um adequado rácio de assistentes sociais por internamento e especialidade hospitalar, situação que não se verifica em alguns hospitais públicos portugueses e que contribui para a existência de práticas de atuação em regime de chamada.

Uma investigação realizada por Schrager et al (1978 cit in Teixeira, 2012, p.27), relativa ao efeito da referenciação dos doentes idosos ao Assistente social nas primeiras 48 horas do internamento, concluiu que estes doentes tinham alta hospitalar numa média de 5 dias antes dos doentes em que não era realizada avaliação social. “O ponto fulcral da estratégia neste estudo era na comunicação com o doente e a família, na explicação e clarificação do planeamento da alta, bem como o *follow-up* após a alta de internamento.” (Teixeira, 2012 p.27).

Após realizar a avaliação social, o assistente social em conjunto com o doente e família/ cuidador, procura mobilizar as condições sociais necessárias à continuidade de cuidados e que sejam ultrapassados os constrangimentos à sua concretização. Este trabalho é feito com base na informação obtida junto do médico e enfermeiro relativamente à situação clínica, recuperação e respetivas necessidades. Sempre que necessário informa-se/ encaminha-se o utente e a família para os recursos institucionais da comunidade, adequados às suas necessidades e, quando necessário, articula-se com a instituição para apurar disponibilidade de apoio e outras informações pertinentes. Como exemplo, se o doente precisa de apoio na higiene pessoal, encaminha-se para serviço de apoio domiciliário.

A informação sobre benefícios sociais e a mobilização de ajudas técnicas necessárias à condição do doente são também função do assistente social no planeamento de alta.

O trabalho desenvolvido pelo assistente social no planeamento de alta implica que seja feito um acompanhamento da situação ao longo do internamento para que os seus objetivos sejam conseguidos. O primeiro contacto com o doente e família é insuficiente, uma vez que o processo de doença altera a dinâmica familiar e constituiu uma situação de crise para muitas famílias, que não assimilam nem se consciencializam das necessidades do doente nesse momento. Segundo Masfret (cit in Carvalho, p. 71) “a fase de admissão arrasta tantas experiências e preocupações para a própria pessoa e, sobretudo para a família, que não é usual pensar na alta nem nas mudanças que esta pode provocar posteriormente na vida”. Por isso, é imprescindível que o assistente social durante o internamento trabalhe a consciencialização, envolvimento e capacitação das famílias relativamente à gestão da doença e ao processo recuperação após a saída do doente do hospital.

Todo o trabalho desenvolvido no Pah é feito em complementaridade com outros profissionais, uma vez que só com o contributo das diferentes áreas do saber se consegue satisfazer as necessidades do doente como um todo. No entanto, o trabalho multidisciplinar nem sempre é devidamente entendido pelos diferentes intervenientes, existindo profissionais que não colaboram no planeamento de alta e outros que não respeitam os limites das suas competências. A este respeito, Iamamoto ” (Iamamoto,2002 cit in CFESS, p. 23) considera que“...é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais”. Acrescenta ainda que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças (idem) ”.

“O trabalho em equipa é hoje uma exigência e um desafio para os profissionais, não bastando que as pessoas intervenham com as suas competências próprias junto dos utentes, mas que o façam numa convergência de atitudes, otimizando as capacidades e competências de cada um” (Martins, 2003 cit in Teixeira).

No que diz respeito ao trabalho do assistente social nas equipas de saúde, este apresenta especificidades que permitem dispor de um olhar particular de observação e na interpretação das condições de saúde do utente, que de acordo com (Iamamoto,2002 cit in CFESS) o diferencia dos outros profissionais. Colom (cit in Teixeira, 2012, p.26) refere mesmo que o

assistente social é aquele que “tem um conhecimento mais holístico da pessoa, pelo estudo sociofamiliar e funcional que deve realizar à data do internamento, bem como por ser o elemento privilegiado para ser a interface da instituição hospitalar com as famílias e com os serviços comunitários, da área social e da saúde “. Existem, no entanto, profissionais e até entidades empregadoras, que não compreendem este trabalho, nomeadamente por não ser possível quantificá-lo. Conforme refere Sodré (2014), o trabalho do assistente social é de “diálogo, da atenção, orientação e escuta (...) que não atende a indicadores ou metas a serem alcançadas por gestores dos serviços de saúde, pois não são contabilizados como algo calculável.”

2.3 Impacto da austeridade nas condições de vida dos doentes e famílias e suas repercussões no protelamento de altas

As medidas de austeridade que têm sido implementadas no país nos últimos anos têm-se repercutido na condição de vida das pessoas, nomeadamente pela diminuição e restrição de direitos sociais.

Nas pensões e reformas, as alterações instituídas dificultam o acesso e tendem a diminuir o valor das prestações. O aumento da idade de acesso à pensão/ reforma para os 66 anos (Portaria 378-G/2013) e a alteração da fórmula de cálculo do fator de sustentabilidade (Decreto-Lei 187-E/2013), resultam no aumento do corte no valor dessas prestações (Rosa, 2014a), principal fonte de rendimento dos seus beneficiários. Contrariamente, em regimes especiais da Segurança Social, como a pensão social e o regime especial das atividades agrícolas, foi instituído um aumento do valor das prestações para 2015, para os €201,53 e €241,82 respetivamente (Portaria n.º 286-A/2014 de 31 de dezembro), no entanto o valor mantêm-se abaixo do valor do limiar de risco de pobreza³ (FFMS, 2015a).

Em 2011, a população idosa já era considerada um dos grupos mais desfavorecidos economicamente, que dependia em quase 90% das pensões, sendo que 1,5 milhões de aposentados e reformados tinham reformas e pensões abaixo dos 500 Euros (Conselho Económico e Social, 2013). No mesmo ano, “... a população com 65 e mais anos em risco de pobreza ou de exclusão social em Portugal era de 24,5%” (idem, p.7), situação que se poderá ter acentuado com as medidas referidas.

³ 4.937€ em 2013, 411,4€/mês (FFMS, 2015)

Quanto ao complemento solidário para idosos (CSI)⁴, destinado a situações de carência económica dos pensionistas, desde dezembro 2011 que o número de beneficiários tem diminuído, de 235726 para 171378 em período homólogo de 2014 (Instituto de Segurança Social (ISS), 2015a). Segundo Santos (2014), esta situação, bem como a medida que alterou o valor de referência (máximo de €4909 por ano, €409,08 por mês) permitiram ao Estado diminuir a despesa com esta prestação em nove milhões de euros no primeiro trimestre de 2014.

Tendo como destinatários os idosos em situação de dependência, o complemento por dependência, de €90,69 a €181,38 mediante o grau de dependência atribuído e a natureza da pensão (Portaria n.º 286-A/2014 de 31 de dezembro), foi limitado no 1.º grau da prestação, a pensionistas com rendimentos mensais inferiores a €600 (ISS, 2015). Esta última condição foi igualmente aplicada ao complemento por cônjuge a cargo, que em 2015 é de €36,90. Associando o envelhecimento populacional ao aumento do índice de dependência nos idosos, verificado na última década, de 24% no ano 2000 e 29,9% em 2013 (FFMS, 2014), as limitações e restrições relativas ao complemento por dependência irão afetar um número cada vez maior de pessoas.

Sendo os idosos os que mais acedem aos hospitais, as medidas mencionadas contribuem para a pobreza desta população, o que dificulta a mobilização dos recursos necessários à satisfação das suas necessidades na alta e como tal ao planeamento de alta hospitalar. No que se refere à população adulta, às famílias, as alterações às prestações sociais que lhe dizem respeito, seguidamente mencionadas, contribuem para a sua vulnerabilidade enquanto utentes e como apoio ao familiar doente.

No que se refere a situações de desemprego e carência económica, a diminuição do período de concessão do respetivo subsídio e do montante máximo a receber, é uma medida que precariza a situação económica dos seus beneficiários e suas famílias. Sendo a taxa de desemprego de 16,2% e em 2014 de 13,9 (FFMS, 2015b), as medidas referidas afetam um número considerável de pessoas.

Quanto ao Rendimento Social de Inserção (Decreto-Lei 133/2012), o seu valor foi reduzido para os €178,15 (ISS, 2015b) e diminuída a escala de ponderação atribuída a cada elemento do agregado familiar. O montante recebido por agregado familiar passou a ser menor e com

⁴ Lei N.º 249 — 29 de Dezembro de 2005

limite definido, limitado ao valor do património mobiliário e valor dos bens móveis até €25.153,20⁵ cada. Entre outros critérios de acesso, esta prestação também não é acessível para quem se encontre a prestar apoio indispensável a membro do seu agregado familiar de forma permanente (idem), o que inviabiliza os seus beneficiários de constituírem um recurso de apoio aos seus familiares em situação de doença.

Perante o exposto, as alterações mencionadas tendem a baixar os valores já reduzidos das prestações recebidas pelos beneficiários, contribuindo para precariedade das suas condições de vida, essenciais em contexto de doença.

Se a tendência relativamente aos benefícios sociais é de restrição, nas respostas de apoio social, o Estado tem procurado uma situação inversa. Destacando as respostas destinadas à população idosa pela natureza deste trabalho, refere-se que este tipo de instrumento de Política de Segurança Social diz respeito a "... um conjunto de respostas de apoio social para pessoas idosas cujo objetivo é privilegiar, através de serviços e equipamentos adequados, a manutenção dos utentes no seu meio familiar e social e promover o apoio à família" (ISS, 2015a), existindo em sete tipologias que variam em função das necessidades e do grau de autonomia dos idosos (estrutura residencial, centro de dia, apoio domiciliário, entre outras). Divididas entre entidades lucrativas e não lucrativas, que em 2013 representavam 80% e 70% (GP, MESS, 2013) respetivamente, há uma tendência progressiva da importância do primeiro setor, mas apesar disso, da totalidade dos equipamentos no Continente, 5400, a maioria é propriedade das IPSS, 63% (idem).

De 2000 a 2013, as respostas sociais para pessoas idosas aumentaram 47% (2300 novas respostas) (idem), bem como a sua capacidade, tendo sido o Serviço de Apoio Domiciliário que mais aumentou, seguido da Estrutura Residencial para pessoas Idosas. Ainda assim, apesar do aumento de respostas sociais ter sido em proporção superior ao índice de envelhecimento, de 98,8% para 133,5% (34,7%) (FFMS, 2014), a sua taxa de cobertura em 2013 era de apenas 12,6% (Governo de Portugal, Ministério de Solidariedade, Emprego e Segurança Social, 2013).

A deficiência de respostas sociais constitui um enorme constrangimento de acesso, bem como as dificuldades de financiamento, que no caso do setor não lucrativo são da responsabilidade do utente, família e Estado. A segurança social comparticipa mediante o tipo de resposta, que

⁵ 60 vezes o valor do indexante de apoios sociais

em 2015 subiu para os €362,49 (Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, Governo de Portugal, Mutualidades Portuguesas, 2014) para as estruturas residenciais, subida inferior ao aumento do valor de referência, €970,00 em 2015 (idem). Sendo a comparticipação da Segurança Social de cerca de 38,2% para esta resposta, a maioria do financiamento fica a cargo dos utentes, que pode chegar aos 85% da sua pensão, e das suas famílias, através da comparticipação familiar. Para além deste encargo, acrescem outras despesas em saúde, fraldas entre outras, que supera muitas vezes os 15% da reforma do idoso (CES, 2013).

A insuficiência das respostas de apoio social e a sua desadequação face às atuais necessidades da sociedade, levou à criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Decreto-Lei n.º101/2006) em 2008. Refere-se ainda, que o envelhecimento populacional e o aumento das doenças crónicas determinam a importância cada vez maior da necessidade de cuidados diferenciados para responder “... às necessidades das pessoas com dependência funcional, dos doentes com patologia crónica múltipla e das pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida” (DGS, 2006) e é neste contexto que surge a RNCCI.

A RNCCI, criada pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (MTSSS), tem como objetivo prestar “cuidados continuados de saúde e de apoio social estão “centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra” (Administração Central do Sistema de Saúde, s.d.). Por outro lado, segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Escoval, 2014), a RNCCI permitirá ainda a redução da demora média e das “... readmissões não programadas no hospital, visando a adequação de recursos e a coordenação e comunicação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, conduzindo a uma maior satisfação do doente e família” (Portugal; MS; ACS; UNL; ENSP, 2010 cit in Escoval, 2014). No entanto, a falta de resposta da RNCCI, conforme se observa na leitura dos Relatórios e Contas de hospitais E.P.E., são um constrangimento à prossecução desses objetivos.

A RNCCI é formada por um conjunto de instituições públicas, privadas e do setor social, com as quais se estabelecem acordos de convenção, estando implementada no território nacional através de Unidades de Internamento com tipologias de Convalescença, Média Duração (MDR), Longa Duração e Manutenção (LDM) e Paliativos e equipas domiciliárias de

Cuidados Continuados Integrados (CCI) ou Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ACSS, s.d.)

O financiamento da prestação dos cuidados continuados integrados provém de verbas dos Jogos Sociais, do Ministério da Saúde (MS), que paga os encargos relacionados com os cuidados de saúde e do (MSSS) que paga o diferencial entre os encargos relacionados com apoio social e o valor a pagar pelo utente. Este é definido em função dos rendimentos do agregado familiar (Cuidados Continuados, saúde e apoio social, 2013).

Os encargos para o utente, específicos das unidades de MDR e LDM, são uma barreiras de acesso a estas instituições para os utentes, que a Entidade Reguladora da Saúde (2013) diz dever-se a dificuldades financeiras para a cobertura dos respetivos encargos.

A implementação da RNCCI foi prevista para ser concretizada de forma progressiva durante 10 anos (2006-2016), para que em 2016 a taxa de cobertura de resposta em todo o território continental chegasse aos 100% (Escoval, 2014). Neste sentido, desde a sua criação, a resposta da RNCCI tem vindo a aumentar, embora de forma desigual nas diferentes regiões do país (Cuidados continuados e apoio social, 2013) e também no que diz respeito às tipologias. Na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, a falta de Unidades de Paliativos implicam que doentes em situação terminal esperem por uma vaga e sejam integrados em Unidades longe da área de residência. Os doentes do CHMT, depois do encerramento da Unidade situada no Hospital de Tomar (2008-2012), ficaram condicionados a respostas na zona de Lisboa até 2015, quando abriu uma Unidade em instituição privada de um concelho próximo.

Apesar do aumento de resposta da RNCCI, esta ainda se mantém aquém das necessidades, nomeadamente na RLVT (Entidade Reguladora da Saúde, 2013). Apresentando a maioria dos usuários idade igual ou superior a 65 anos (83,4% em 2014) (ACSS – Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde (DRS), Núcleo Funcional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2014, p. 19), em 2014 apenas existiam 239 camas por 100 mil habitantes na RLVT com essa faixa etária e 298 lugares de ECCI (idem, p.16).

Além dos constrangimentos mencionados, refere-se ainda que se encontram por implementar várias tipologias de resposta, nomeadamente os cuidados continuados integrados para a saúde mental, para as demências e cuidados paliativos para crianças e jovens portadores de doenças crónicas incapacitantes (Entidade Reguladora da Saúde, 2013), pela “... não verificação de

condições financeiras, devido à insuficiência de verbas provenientes dos jogos sociais.” (idem, pág. 52).

A referenciação de doentes para a RNCCI é feita pelos centros de saúde e hospitais e por isso, neste último caso, um recurso ao planeamento de alta dos doentes. No entanto, o tempo de espera para admissão é frequentemente desajustado relativamente à alta clínica, implicando a permanência do doente internado ou o recurso a alternativas intermédias, constrangimento partilhado pelos hospitais nos seus Relatórios e Contas adiante analisados. A falta de resposta das instituições participadas pela segurança social, essencialmente na valência de lar, implica que a resposta mais rápida se encontre no setor privado. Este tem adaptado a sua oferta às necessidades do doente, havendo instituições com internamentos pagos ao dia/semana, fator facilitador para quem aguarda vaga na RNCCI.

Como forma de minimizar os constrangimentos apresentados, o Orçamento de Estado para 2015 destinado à Segurança Social, reforçou a verba destinada aos acordos de cooperação com diversas respostas sociais em 50 milhões de euros (Governo de Portugal, Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, mutualidades portuguesas, 2014). No entanto, tende a passar para o setor privado as respostas sociais, como acontece com a RNCCI, em que o estabelecimento de acordos com o setor privado representava em dezembro de 2013, 73% do total de acordos celebrados (ACSS; Núcleo funcional da RNCCI, 2014).

A insuficiência dos apoios sociais mencionados e da resposta da RNCCI constituem um problema tanto para os doentes/ famílias, como para o hospital. Implica que existam doentes a serem admitidos em situação de vulnerabilidade por falta de apoio adequado, especialmente pela falta de vaga em lar, agravada em situação de doença. Na alta, implica o recurso a outras soluções, nomeadamente no setor privado, que quando não são possíveis, podem comprometer a alta social e conduzir a situações de alta social protelada. Relativamente ao trabalho do assistente social, estes constrangimentos dificultam a sua intervenção no planeamento de alta e na resolução de protelamentos de alta social, conduzindo-o a uma atuação de tendência assistencialista.

Confrontando as tendências a que políticas sociais no país têm sido sujeitas, refere-se as considerações de Capucha (2014, p. 120), que refere que os países que mais sofrem, são aqueles em que as políticas sociais são menos desenvolvidas, bem como o comum dos seus cidadãos (Morel, Palier e Palme, 2012; Larsen, 2013 cit in Capucha, 2014) e “os países que melhor resistiram à crise, com melhor desempenho tanto social como económico, são os que

possuem estados sociais mais consolidados, mais desenvolvidos, mais ativos” (Almeida, 2013 cit in Capucha, 2014, P.120).

3. Protelamentos de alta social em contexto da erosão das funções sociais do Estado

Da pesquisa realizada à realidade dos protelamentos de alta social nos hospitais, verificou-se que é essencialmente nos meios de comunicação social que o problema é mencionado, conforme já referido na Introdução deste trabalho. Apesar de não ter sido feita uma análise aprofundada sobre o tema nos media, os artigos de jornal encontrados remetem a origem do problema fundamentalmente para as famílias, para a insuficiência de resposta em lares, não sendo considerada a erosão do papel do Estado na solidariedade social.

Na sequência da leitura feita às alterações à política de saúde e de segurança social, que conduzem à redução de direitos sociais, optou-se pelos Relatórios e Contas dos Hospitais E.P.E., documentos de domínio público, para perceber a panorâmica do protelamento de alta a nível nacional e de que forma a problemática é abordada pelos hospitais.

Para aprofundar o conhecimento sobre a problemática dos protelamentos de alta hospitalar, foi feita uma análise representativa com base nas situações que existiram no CHMT durante os anos de 2013 e 2014. O Hospital foi escolhido por ser o local de trabalho da autora e a seleção do período a analisar, pela maior disponibilidade de informação nesses anos.

3.1 Protelamentos de alta social segundo os relatórios e contas de hospitais públicos E.P.E. (2008-2013)

Foi feita uma análise aos Relatórios e contas relativos à atividade das entidades do Setor Empresarial do Estado (ACSS, s.d.), que contemplam Hospitais, Centros Hospitalares, Institutos Portugueses de Oncologia e Unidades de Saúde (criadas pelo Decreto-Lei n.º 183/2008 de 4 de Setembro). Foi selecionado o período de 2008 a 2013, de forma a incluir os períodos de crise económico-financeira de 2008 e 2011.

Através do portal da Administração Central do Sistema de Saúde, foi possível proceder ao levantamento global dos relatórios existentes e à sua consulta até 2012. Posteriormente a esta

data, a consulta dos relatórios realizou-se através do sítio de cada hospital, porquanto o portal deixou de os integrar, assim como se pesquisaram relatórios de anos anteriores que não constavam do referido portal.

Em 2013 existiam 226 hospitais, 119 públicos e 107 privados (INE, 2015). Dos hospitais públicos, foram analisados 210 relatórios de hospitais E.P.E. distribuídos pelas diferentes regiões de saúde (Norte, Centro, de Lisboa e Vale do Tejo, do Alentejo e Sul). O número de relatórios disponíveis e consultados foi variando por ano no período em análise. Por um lado a passagem ou integração de alguns hospitais em Centros Hospitalares e Unidades de Saúde e eventualmente outros fatores que em suma restringiram o acesso a esta informação.

Em 2008 identificou-se um total de 36 relatórios, atingindo-se o maior valor em 2009 (41). Nos anos seguintes regista-se um decréscimo até 2013, com 23 relatórios.

Ano do relatório	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Número de relatórios encontrados	36	41	39	40	31	23

Tabela 1: Número de relatórios encontrados por ano

Numa primeira leitura dos relatórios foi possível identificar que muitos hospitais não fazem qualquer referência à problemática dos doentes que permanecem internados após a alta, como os Institutos Portugueses de Oncologia e as Unidades de saúde.

Os relatórios que se tomaram como base deste trabalho apresentam uma estrutura semelhante com diversos elementos, sendo constante a estrutura organizacional e a atividade global do ano. Quando a problemática dos protelamentos de alta é abordada nos relatórios, ela é enquadrada na parte da atividade assistencial relativa ao internamento. Nos relatórios do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO) e o Centro Hospitalar Cova da Beira, a questão dos protelamentos de alta é inserida na atividade do serviço social, incluída na atividade assistencial.

A falta de homogeneidade na apresentação da informação por parte das diferentes entidades foi um constrangimento ao tratamento da informação recolhida, havendo hospitais que apenas mencionam a existência de protelamento de alta, não os quantificando. Em outros relatórios, o problema é apresentado tanto em número de situações, como em dias de protelamento. A forma como se designa o problema é diferenciada, sendo identificado como “casos sociais”

em hospitais como o CHLC e Hospital de Almada⁶, casos sociais com protelamento de alta no CHLO, protelamentos de alta no CHLN e no hospital de Évora como “doentes protelados”.

De uma leitura mais detalhada aos 210 relatórios, só 14,8% (31) é que mencionam a existência de situações de protelamento de alta, relativos a 13 instituições hospitalares, a maioria da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo. No entanto, através dos meios de comunicação social, verifica-se a referência ao problema por parte de outros hospitais, que não o mencionam nos seus relatórios.

Registo de protelamentos de alta nos relatórios e contas de hospitais EPE (2008-2013) por regiões de saúde						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Norte			1		1	
Centro			1	1		2
Lisboa e Vale do Tejo	1	2	5	5	3	4
Alentejo				1	1	1
Sul					1	1
Total	1	2	7	7	6	8

Tabela 2: Registo de protelamentos de alta nos relatórios e contas dos hospitais EPE (2008-2013) por região de saúde

Fonte: (ACSS, s.d.) e trabalho da autora

Verifica-se que, de 2008 a 2013 o registo de protelamentos de alta aumentou e o número de doentes nesta situação também. Em 2010 existiam 317 doentes nessa situação na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, passando para uma média de 1189,7 por ano, com um registo de 2128 doentes em 2013. Passou de uma média de menos de 1 registo por dia de doentes com alta social protelada, para uma média de 3,25 registos por dia no período em análise. Se atendermos ao ano de 2013, a média desse ano é de 5,8 registos por dia. Na região centro estiveram 36 doentes em protelamento de alta no ano de 2013.

Salienta-se a existência de 1690 pessoas em situação de alta social protelada no Hospital de Almada em 2013, o que significa 4,6 registos por dia.

⁶ Por uma questão de maior facilidade de compreensão, os hospitais serão designados pela sua localização, à exceção dos Centros Hospitalares

Na região de Lisboa e Vale do Tejo houve um aumento do número de dias de protelamento de alta, 2545 dias em 2010 (média de uma semana de protelamento) atingindo os 17070 dias em 2013 (média de cerca de 7 semanas). Na região centro registaram-se 281 dias de altas proteladas. Em 2008 e 2009 não houve registo.

Registo de Protelamentos de alta nos relatórios e contas dos hospitais EPE (2008-2013) por número de doentes e número de dias de alta social protelada				
Ano	2010	2011	2012	2013
Número de doentes	317	1825	453	2164
Número de dias de protelamento de alta social	2545	3036	4132	17351

Tabela 3: Registo de Protelamentos de alta nos relatórios e contas dos hospitais EPE (2008-2013) por número de doentes e número de dias de alta social protelada

Relativamente à resolução das situações de protelamento de alta, o Hospital de Almada refere ter feitos esforços junto da Segurança Social no sentido de resolver estas situações, que em 2011 representavam uma média de 6 camas ocupadas por dia, não tendo sido encontradas soluções. Já em 2013, este Hospital menciona que o aumento de doenças crónicas e a maior complexidade das patologias é menos compatível com o apoio familiar, ocupação laboral e com diminuição de rendimentos agravada com a crise económica.

Para o Hospital Amadora-Sintra, os protelamentos de alta social são um problema importante, considerado um fator que condiciona por um lado entrada de doentes em situação aguda e por outro os indicadores de internamento (média de dias de internamento por exemplo). É destacada a importância do trabalho do serviço social no hospital e referido como constrangimento à saída dos doentes, as limitações à resposta da Segurança social, da rede social e da RNCCI, bem como as dificuldades das famílias em contexto de crise. Este Hospital estabelece como estratégias, o estabelecimento de objetivo a referenciação atempada de situações ao serviço social e a concretização de iniciativas como a preparação precoce da informação da alta e a partilha de informação. Disponibiliza ainda uma verba anual para internamentos de utentes em lares lucrativos, com os quais foram estabelecidos acordos para internamentos temporários, cabendo à Segurança Social a resposta definitiva. Em 2010 gastou 394mil euros em lares e em 2011, 227mil euros.

Os relatórios do CHLN indicam vários contributos para a diminuição do número de protelamentos. Em 2010, o acordo de cooperação estabelecido com uma IPSS permitiu a

saída de 34 doentes. Já em 2011, o relatório deste Hospital refere o contributo da política de gestão de altas na diminuição do número de protelamentos e no de 2013 a importância do trabalho sistemático diário por parte do Serviço Social, questão anteriormente abordada relativamente ao processo de planeamento de alta. O tempo de espera por comparticipação económica para integração em lar ou pagamento de cuidador privado foi considerado um constrangimento à efetivação da alta. A maioria dos protelamentos entre 2011 e 2013 foi de 30 dias e foi no Serviço de Medicina que se registaram o maior número de situações.

A análise dos relatórios mostra ainda que existem hospitais que associam parte dos protelamentos de alta à falta de resposta da RNCCI, encontrando-se inúmeras referências a este constrangimento. A informação de natureza quantitativa é no entanto escassa, existindo hospitais que a incluem no total dos protelamentos. No relatório de 2009 do Hospital de Setúbal e do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo de 2010 é referida a recusa de doentes e familiares na adoção de soluções intercalares à RNCCI, ou seja, entre a alta clínica e a admissão na RNCCI. No relatório do Hospital de Almada de 2013, atribuem-se 6036 dias de alta protelada a doentes internados a aguardar vaga na RNCCI, que corresponde a uma média de 16,5 dias por doente.

Os relatórios mostram um aumento generalizado de referenciação de doentes para a RNCCI pelos hospitais, que se poderá dever ao facto desse procedimento ser um dos objetivos dos contratos-programa anuais estabelecidos com os hospitais. Do cumprimento desses objetivos depende a atribuição de incentivos monetários aos hospitais.

Conforme referido anteriormente, existem hospitais que apesar de não abordarem o protelamento de altas nos relatórios, fazem-no em artigos de jornais. Em 2011, a Diretora do Serviço Social do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, aborda a questão das altas sociais proteladas, dizendo que «o que aconteceu com mais frequência foram os casos de idosos que viviam sozinhos, que não têm familiares de 1º grau e que após o internamento hospitalar não reúnem condições de regressar ao domicílio. Nesses casos, o ingresso em Lar, comparticipado pela Segurança Social, é muito difícil. Alguns chegam a ficar internados durante meses» (TVI24, 2011). Em 2013 o problema foi descrito da mesma forma nos media e em 2014 (publico, 2014) é mencionado que as situações de protelamento de alta no hospital surgem por falta de condições da família para receber o doente e devido à falta de vaga em lares comparticipados pela Segurança Social. De 80 doentes internados com alta clínica, a maioria aguarda vaga na RNCCI (jornal i, 2014).

Quanto ao Hospital Santo António no Porto, num artigo de 2010 é referido que nesse ano chegaram a estar 10 doentes em situação de alta protelada ao mesmo tempo, mas no ano seguinte apenas existiu uma situação (Rádio Renascença, 2011).

Numa publicação de finais de 2014, administradores de hospitais e o Serviço Social afirmam ter a perceção de que o número de internamentos sociais tem aumentado, devido à degradação das condições socioeconómicas das famílias e insuficiente rede de resposta (jornal i, 2014).

A leitura feita aos artigos de jornais relativamente à problemática dos protelamentos de alta permite apreender que a sua abordagem é feita sob vários pontos de vista que não traduzem toda a dimensão da realidade em questão.

O facto de existirem artigos de jornais que apresentam informação que não consta nos relatórios revela que este problema não é tratado da mesma forma pelos hospitais públicos. Assim, uma vez que os relatórios não indicam o problema na sua totalidade, não é possível quantificá-lo e caracterizá-lo, o que poderá traduzir-se numa opacidade relativamente ao assunto.

3.2 Caracterização da condição dos doentes em situação de protelamento de alta no Centro Hospitalar do Médio Tejo

Com o intuito de caracterizar a condição social dos doentes em situação de protelamento de alta social no CHMT, foram analisados os respetivos processos sociais individuais, inseridos na plataforma informática “Gestão de Informação do Serviço Social” (GISS). Partindo deste registos, que resultam do trabalho dos assistentes sociais no hospital, será desenvolvida uma análise da problemática em questão nos anos de 2013 e 2014.

O período escolhido deve-se ao facto de existir um registo organizado relativo a esta problemática desde 2013. Ainda assim, apesar de nos últimos anos haver um maior cuidado nos registos, a falta de alguma informação impossibilitou a recolha de alguns elementos para este trabalho.

Da análise realizada, contabilizaram-se 45 doentes com alta social protelada, 22 em 2013, 23 em 2014. A maioria das situações, 84,4% (38 doentes) ocorreu na Unidade hospitalar de Abrantes, onde se concentra a maioria dos Serviços de Internamento desde a reestruturação do

CHMT (ponto 1.1). Os Internamentos de Medicina foram os que registaram o maior número de doentes (25), indo de encontro ao que acontece noutros hospitais, que o mencionam nos seus relatórios (ponto 3.1). No Serviço de Ortopedia existiram 13 situações e os Internamentos de Urologia e Psiquiatria contaram com 2 situações cada. Uma pertença doente foi internada após ter sido abandonada pela cuidadora no Serviço de Urgência, não apresentado qualquer problema clínico. Trata-se de um problema social e não clínico, única situação registada no período analisado.

Em 26 situações (57,7%), a doença que motivou o internamento implicou a alteração do estado de dependência do doente, sendo a falta/insuficiência de condições sociais para assegurar as necessidades associadas a esse estado que motiva a não saída do doente com alta clínica.

Dos 45 doentes, 51,1% é do sexo feminino (23) e essencialmente com idades acima dos 65 anos, 73,3% (33 pessoas). São as mulheres que apresentam idades mais elevadas, 46,6% acima dos 65 anos (21). Refere-se a existência de 5 doentes com mais de 90 anos e 2 jovens de 17 e 23 anos, internados no Serviço de Psiquiatria, ambos do sexo masculino.

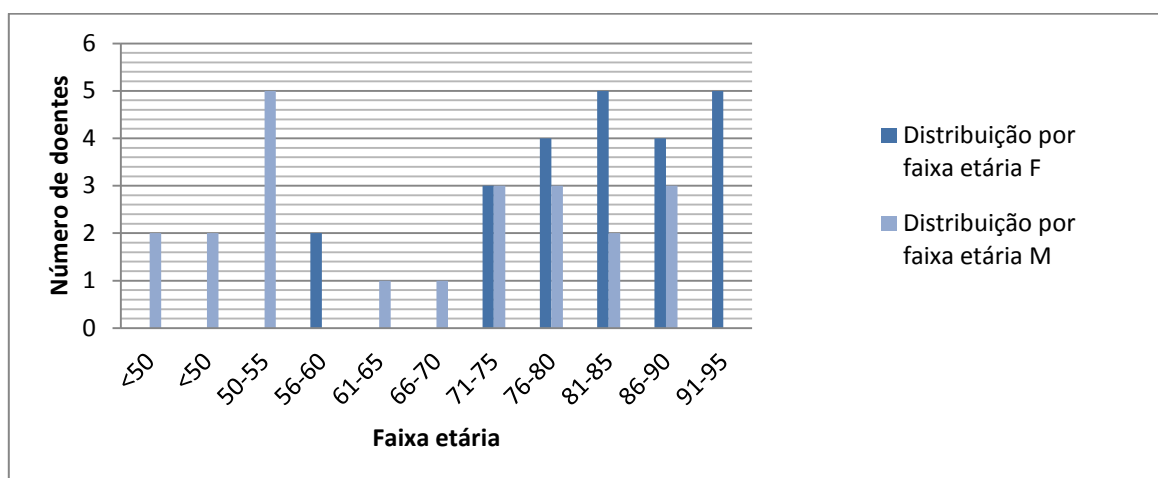


Tabela 4: Distribuição de doentes por faixa etária e género

No que diz respeito ao estado civil, cerca de 10% dos doentes eram viúvos (22), 8 casados, 9 solteiros e 5 divorciados. Esta condição poder-se-á correlacionar com o facto de 16 doentes viverem sós, 35,5%.

Relativamente à proveniência dos doentes, verificou-se que a maioria pertence aos diversos Concelhos que fazem parte da área de influência do CHMT, com destaque para o Concelho de Tomar (12) e o Concelho do Entroncamento (10). Existem outras proveniências que dizem

respeito a doentes integrados em unidades da RNCCI (1), internados em Serviços que dão resposta a doentes que pertencem ao Hospital de Santarém (1 doente de nefrologia) e um doente sem local de residência por se encontrar em situação de sem-abrigo

A partir do diagnóstico social, verifica-se que 16 utentes residiam sós à data do internamento (35,5%); 37 (82,2%) tinham uma situação económica precária, que advém das pensões/reformas, insuficiente para criar condições necessárias à sua saída, veja-se o ponto 2 do trabalho. A falta de registos relativos à situação económica do doente levou a que se recorresse ao sistema informático SONHO⁷, onde consta informação dos doentes com insuficiência económica para efeitos de isenção de pagamento de taxa moderadora e outros encargos (ponto 1.1).

Para 8 utentes, as suas condições habitacionais não eram adequadas, sendo que uma doente vivia em quarto arrendado e um doente em situação de sem-abrigo.

Quanto à situação familiar, em 27 situações a família não tinha capacidade para lhes prestar apoio por residirem geograficamente distantes, por questões de natureza laboral e por limitações inerentes à idade (familiar idoso). A existência de relações familiares conflituosas acontecia em 8 situações, existindo doentes que não mantinham qualquer relação com a família.

Como se observa na tabela n.º5, a maioria dos utentes em situação de alta social protelada, 73,3% (16) saiu para lares, 3 mantinham-se internados em 2015 e um doente faleceu. A categoria “outras instituições” diz respeito a instituições psiquiátricas (2 doentes) e a categoria “outros” refere-se a doentes que saíram para casa de familiares, acolhimento familiar⁸ e a um doente de nacionalidade inglesa que regressou ao seu país de origem através de um trabalho conjunto com a sua embaixada.

Reintegração social						
RNCCI	Lar	Outras instituições	Domicílio próprio	Outro	Faleceu	Não saiu
5	16	2	5	10	1	6

Tabela 5: Resposta de reintegração social dos doentes em situação de protelamento de alta

⁷ Sistema Integrado de Informação Hospitalar

⁸ Resposta de apoio social

Nestas situações, o serviço social trabalhou com as famílias para que fossem reunidas condições sociais para a saída do doente e foram estabelecidos contactos com as instituições de apoio social. A articulação com o Instituto de Segurança Social e a formalização do pedido de colaboração é um procedimento comum à maioria das situações, mas a morosidade da resposta é um constrangimento à saída dos doentes. Uma idosa do concelho de Tomar esteve 104 dias em protelamento de alta até integrar vaga em lar gerida pelo ISS e uma doente com 58 anos ficou 190 dias no hospital com alta clínica, tendo saído com uma cuidadora sem obter resposta do ISS.

Refira-se ainda a existência de doentes a aguardar vaga na RNCCI (5 doentes), constrangimento partilhado com outros hospitais que o referem nos seus relatórios (ponto 3.1). Ainda assim, a maioria de doentes referenciados para a RNCCI saiu para alternativas transitórias até serem colocados.

Considerando o total das situações de alta protelada no CHMT, a análise dos registos revela que em 2013 se contabilizaram 930 dias de permanência de doentes por motivos sociais após a alta clínica e 1105 em 2014.

Através da leitura da informação recolhida relativamente às situações de protelamento de alta, conclui-se que na sua maioria tratar-se de idosos, com baixos recursos económicos e sem estrutura familiar e institucional de apoio adequada à satisfação das suas necessidades após a alta hospitalar. As relações familiares são também um constrangimento importante em muitas situações, nomeadamente entre filhos e pais. Para além destes fatores, a insuficiência de políticas sociais acentuam as dificuldades em garantir a continuidade de cuidados e são um constrangimento ao trabalho do serviço social na resolução destas situações.

O trabalho do assistente social é importante na resolução das situações de protelamento de alta, mas também na sua prevenção através do procedimento do planeamento de alta. Neste último caso, a realização de um trabalho sistemático desenvolvido em conjunto com a restante equipa (médico, enfermeiro e outros profissionais), é fundamental para que no decorrer do internamento sejam garantidas as condições necessárias à saída do doente, evitando assim a sua permanência após esse período.

Os protelamentos de alta são uma problemática com repercussões tanto para o hospital, pela ocupação de camas por doentes que não precisam de estar hospitalizados e respetivos custos,

como para os doentes, devido ao favorecimento do aparecimento de outros problemas de saúde.

4. Constrangimentos e possibilidades do trabalho do Serviço Social no protelamento de altas

O trabalho do assistente social no protelamento de altas é atualmente confrontado com um conjunto de constrangimentos, que as alterações às políticas sociais vieram acentuar. A restrição de direitos sociais como valores do Estado social, em desconstrução, condiciona o trabalho do assistente social, revigorando, como refere Neto (2013), o assistencialismo da sua profissão.

No que diz respeito às políticas sociais, a insuficiência e desadequação de prestações sociais que permitam melhorar a condição social de doentes, nomeadamente em situação de precariedade económica, reduz as opções para a sua saída, essenciais em situação de doença, dependência.

Relativamente à condição das famílias, a integração da mulher no mercado de trabalho, as atuais jornadas laborais, a (e) migração são constrangimentos à sua capacidade de apoiar um familiar doente, por parte de homens e mulheres. O empobrecimento de muitas famílias, acentuado com a crise, limita a sua possibilidade de apoio económico ao doente.

Apesar de a família ser considerada o primeiro recurso no apoio ao familiar doente/dependente, não existem medidas políticas que proporcionem as condições necessárias. A nível laboral, a falta para assistência a um membro do agregado familiar é limitada a 15 dias por ano, que muitas vezes é insuficiente, acrescendo o facto de não ser remunerada (art.º 252 do Código do Trabalho), impedindo que algumas famílias recorram a esta medida.

A alteração das relações familiares, a sua conflitualidade ou a sua inexistência apontam que a família nem sempre é um recurso para todas as situações. Outro tipo de constrangimento para o Serviço social é a falta de representante legal para doentes em situação de dependência física e/ou mental (doentes com patologia psiquiátrica), o que obriga a aguardar por decisão judicial, tendencialmente demorada (chega a demorar meses).

Um outro aspeto que está na génese de muitos protelamentos de alta e que contribuiu para a dificuldade de intervenção do assistente social, reside na inexistência de vagas em lares comparticipados pela segurança social, já referida; a não adequação de horários e regras de funcionamento de serviços como o apoio domiciliário, frequentemente reduzido a 1/2 vezes por dia, centros de dia que encerram antes do término da jornada laboral de muitas famílias e o facto de poucos funcionarem ao fim-de-semana.

Quanto à RNCCI, da qual se falou no ponto 2.4, a lista de espera e o desconhecimento dos dias/meses até que a pessoa seja chamada, dificulta o trabalho do assistente social e a organização das famílias, nomeadamente na procura de respostas intermédias, conforme mencionado nos relatórios anteriormente analisados.

Algumas estratégias que poderiam contribuir para uma melhor e mais rápida resolução de algumas situações de protelamento de alta por parte do assistente social do hospital, seriam a sua participação no programa da Rede Social. Esta poderia ser um contributo para que conjuntamente fossem encontradas algumas soluções para a resolução de algumas situações e para a delimitação de estratégias adequadas à satisfação das necessidades da população.

Relativamente à articulação do Hospital com a segurança social, a relação deveria ser mais próxima e menos burocrática. A realização de reuniões periódicas poderiam contribuir para a partilha de dificuldades e para delinear eventuais estratégias que contribuíssem para uma resposta mais célere aos doentes em situação de alta social protelada.

Conclusão

Os protelamentos de alta social são uma problemática existente nos hospitais públicos em Portugal e uma das áreas de atuação do assistente social no hospital. Com o objetivo de conhecer mais aprofundadamente este problema, foi feita uma análise documental e bibliográfica sobre as questões relacionadas com os protelamentos de alta, bem como do registo do problema nos relatórios e contas dos hospitais públicos E.P.E. e no CHMT.

Dos constrangimentos à concretização deste trabalho, refere-se a escassez de trabalhos que analisem aprofundadamente e a vários níveis o problema. A informação disponível nos relatórios não permitiu conhecer a dimensão das situações a nível nacional, uma vez que através dos meios de comunicação social é dado conta do problema em hospitais que não o

referem nos seus relatórios. A falta de rigor de alguns registos da situação social dos doentes em protelamento de alta no CHMT foi também uma dificuldade à sua completa caracterização, bem como o desfasamento de registo dos dias de protelamento pelo Serviço Social e pela equipa médica no seu aplicativo informático.

Tendo em conta os objetivos a que nos propusemos, concluiu-se através dos relatórios haver um aumento do número de registos de situações de protelamento de alta social nos hospitais, de 1 registo em 2010 para 8 em 2013. Verificou-se também um crescimento do número de doentes nessas circunstâncias, 317 doentes em 2010, 2164 em 2013. São essencialmente os hospitais da zona de Lisboa que dão conta deste problema, representando 64,5% dos registos encontrados, com o máximo de 5 hospitais a fazê-lo em 2010 e 2011.

Quanto à situação social dos doentes em protelamento de alta social no CHMT em 2013 e 2014, constatou-se que a maioria, 73,3%, tem mais de 65 anos e 82,2% apresentava rendimentos abaixo do salário mínimo nacional. Em 27 situações, as famílias não tinham condições para assegurar a continuidade de cuidados no pós-alta e em 8, a relação inexistente ou conflituosa com a família, inviabilizou o seu apoio ao doente e à resolução da situação.

A falta de vaga em lares comparticipadas pelo Estado contribuiu para a morosidade da resolução dos protelamentos de alta hospitalar, tendo sido para este tipo de resposta que a maioria dos doentes acabou por sair, 73,3%.

Os protelamentos de alta social têm uma importância colossal no trabalho do assistente social nos hospitais e a intervenção é feita a dois níveis: na prevenção, através do planeamento de alta e na sua resolução. No primeiro nível, o planeamento de alta pode ser feito antes do internamento de cirurgias programadas, como é exemplo o projeto “sessões de ensino pré-operatório a doentes propostos para Artroplastia da anca e joelho”. Alargado a outras áreas, seria uma mais-valia para os doentes, famílias e para os hospitais. No internamento, esse procedimento deve ser iniciado nas primeiras 48h, mas uma vez que nesse momento nem sempre o doente e a família se consciencializam das necessidades do doente após a alta, o acompanhamento deverá acontecer durante todo o internamento. A importância deste tipo de trabalho é reconhecida por hospitais como o CHLN, ao afirmar contribuir para a diminuição do número de protelamentos de alta nesse hospital nos últimos anos. No entanto, a falta de um quadro de assistentes sociais adequado em muitos hospitais, inviabiliza este tipo de intervenção e implica uma atuação em regime de chamada.

A degradação da condição social dos doentes e das suas famílias, acentuada pelas alterações às políticas sociais, de cariz neoliberal é um constrangimento ao planeamento de alta e ao trabalho do assistente social. Os direitos sociais têm sido restringidos, havendo uma crescente desresponsabilização do Estado nas tarefas da solidariedade social, que consequentemente contribui para “para a regressividade profissional do assistente social, conduzindo a uma intervenção assistencialista” Neto (2013, p28).

Nas políticas de saúde, o acesso tem sido estreitado e a reforma hospitalar contribuiu para o distanciamento entre os cuidados de saúde e os doentes. A privatização de serviços, o aumento das taxas moderadoras e as limitações de acesso a um conjunto de benefícios, condicionam o exercício do direito à saúde como universal, previsto na CRP, mas que as atuais políticas tendem a não respeitar.

Quanto à política de segurança social, há uma dificuldade crescente de acesso, as prestações tendem a ser mais diminutas, o que precariza situações que por si já são de vulnerabilidade. Em situação de doença, esta condição constituiu um obstáculo ao planeamento de alta e condiciona a mobilização dos recursos necessários à continuidade de cuidados. No que diz respeito aos apoios sociais como lares, apoio domiciliário, entre outros, o aumento de respostas está longe de ser suficiente para responder às necessidades da população, existindo doentes em situação de protelamento de alta social a aguardar meses pela integração em lar participado pela Segurança Social.

A RNCCI, criada para satisfazer as necessidades de apoio clínico e social dos doentes, é uma resposta importante mas ainda insuficiente e inexistente em áreas como a saúde mental, por implementar. Se a admissão fosse imediata após a alta hospitalar, contribuiria para a recuperação do doente e evitaria problemas sociais, nomeadamente na procura de soluções intermédias à entrada na Unidade.

Com o envelhecimento da população e o aumento das cormobidades, as condições sociais são cada vez mais necessárias para satisfazer as necessidades do doente, não sendo as respostas existentes adequadas e suficientes a esta nova realidade. É por isso fundamental que sejam delineadas estratégias de resolução do problema e desenvolver políticas sociais mais adequadas às necessidades das pessoas, como medidas de apoio à família, adequação de respostas às atuais necessidades da população e alargamento da rede de instituições.

Justificar-se-ia o registo nacional das situações de protelamento de alta nos hospitais, um tratamento da informação mais rigoroso, para uma melhor tradução do problema no sentido de lhe dar maior visibilidade.

Sendo os protelamentos de alta um problema importante para os Assistentes Sociais, para os hospitais e para os próprios doentes e famílias, pretende-se que este trabalho seja um ponto de partida para análises mais aprofundadas ao tema. Dessa forma poderiam ser delineadas estratégias e implementadas medidas que evitem e solucionem adequadamente este tipo de situações.

Bibliografia

ACSS – Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde (DRS), Núcleo Funcional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2015). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2014. Acedido em 20, Abril, 2015, em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20de%20Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20Anual%20da%20RNCCI%202014.pdf>

Administração central do Sistema de Saúde (s.d.). Acedido em Novembro, Dezembro, 2014, em <http://www.acss.min-saude.pt/Publica%C3%A7%C3%B5es/HospitaisEPEeSPA/HospitaisEPEeSPA/Relat%C3%B3rioseContas/tabid/230/language/pt-PT/Default.aspx>

Administração Central do Sistema de Saúde (s.d.). *RNCCI*. Acedido em 4, Dezembro, 2014, em <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7osRecursosSa%C3%Bade/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx>

Capucha, L. (2014). *Envelhecimento e políticas sociais em tempos de crise. Sociologia, Problemas e práticas*, 74, 113-131. DOI:10.7458/SPP2014743203

Carreira, H. M. (1996). *As Políticas sociais em Portuga*. Lisboa: Gradiva

Carvalho, M. H. (2012). *Serviço Social na Saúde*. Lisboa: Pactor - Edições de Ciências Sociais e Políticas Contemporâneas

CFESS. (2009) - *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde* (Versão Preliminar), Brasília, acedido em http://www.aisi.edu.br/userfiles/file/assistentes_sociais_saude.pdf

Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, Governo de Portugal, Mutualidades Portuguesas. (2014). *Compromisso de Cooperação para o Setor Social e Solidário – Protocolo para o Biénio 2015-2016*. Acedido em 28, Março, 2015, em <http://www4.seg-social.pt/documents/10152/4fd04477-2532-4dca-9204-b1eb94092f68>

Conselho Económico e Social Portugal (CES). (2013). *Parecer de iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população*, 2013, acedido em http://www.ces.pt/download/1359/FINAL_completa%20com%20ESTUDO.pdf

Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social. (2013). *Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) Relatório Final*. Acedido a 22, Março, 2015 em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Rel_Imple_Monit_RNCCI_2013

Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social. (2014). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2013*. Acedido a 22, Março, 2015 em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20da%20RNCCI%202013%20-%20Relat%C3%B3rio%20Anual_fevereiro%202014_FINAL.PDF

Económico com Lusa. (2012). *Falta de dinheiro e de tempo são causa de abandono de familiares nos hospitais*. Acedido a 16, Maio, 2015, em http://economico.sapo.pt/noticias/falta-de-dinheiro-e-de-tempo-sao-causa-de-abandono-de-familiares-nos-hospitais_139525.html

Entidade reguladora da Saúde. (2013). *Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados de saúde*. Acedido em 6, Janeiro, 2015, em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/824/Cuidados_continuados.pdf

Entidade reguladora da saúde. (2013). *O Novo regime jurídico das taxas moderadoras*. Acedido em 29, Janeiro, 2015, em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/892/Estudo_Taxas_Moderadoras.pdf

Escoval, A. (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Roteiro de Intervenção em Cuidados Continuados Integrados*. Acedido em 5, Dezembro, 2015, em http://pns.dgs.pt/files/2014/12/2014_3_Roteiro_cuidados-continuados-integrados_coord_AnaEscoval-versao-final.pdf

FFMS (2014). *Indicadores de envelhecimento em Portugal*. PORDATA. Acedido em 22, Novembro, 2014, em <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>

FFMS (2015a). Limiar de Risco de Pobreza em Portugal. PORDATA. Acedido em 29, Março, 2015, em <http://www.pordata.pt/Portugal/Limiar+de+risco+de+pobreza-2167>

FFMS (2015b). Taxa de desemprego: total e por sexos (%) – Portugal. PORDATA. Acedido em Março, 2015, em [http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-550](http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+(percentagem)-550)

FFMS (2015c). *População ativa: total e por sexo*. PORDATA. Acedido em 29, Março, 2015, em [http://www.pordata.pt/Portugal/Populacao+activa+total+e+por+sexo+\(R\)-28](http://www.pordata.pt/Portugal/Populacao+activa+total+e+por+sexo+(R)-28)

Garção, F. (2013). *Planeamento da Alta: Impacto nos Indicadores de Desempenho Hospitalar – Relatório de trabalho de projeto do Mestrado de Gestão em Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2013

Governo de Portugal, Ministério da Saúde (2013). *Relatório Anual Sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas (2013)*. Acedido a 22, Março, 2015, em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/relatorio+anual+sns+2013.htm>

Governo de Portugal, Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (2013). *Carta social- rede de serviços e equipamentos*. Acedido a 13, Dezembro, 2014

Governo de Portugal, Ministério da Solidariedade, emprego e Segurança Social, *Carta Social Rede de Serviços e equipamentos, relatório de 2013*. Acedido a 18, Novembro, 2014 em <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2013.pdf>

Henning, D. (2013). *Um Estudo sobre a saúde: a austeridade custa vidas humanas*. Acedido em 12, Dezembro, 2014, em <http://alice.ces.uc.pt/news/?p=1676>

Instituto da Segurança Social (2015). *Guia prático - complemento por dependência*. Acedido em 1, Junho, 2015.

Instituto da Segurança Social. (2015a). *Guia prático, apoios sociais – pessoas idosas*. Acedido em 7, Janeiro, 2015, em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27202/apoios_sociais_idosos

Instituto da Segurança Social. (Abril 2015b). *Guia prático – Rendimento social de inserção*. Acedido em 19, Abril, 2015, em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/15010/rendimento_social_insercao

Instituto Nacional de Estatística. *Hospitais e Centros de saúde por natureza institucional e tipo de serviço*. Acedido em 16, Junho, 2015 em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=8106&tipoSeleccao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true

Jornal de Notícias. (2014). *Casos sociais ocuparam mais de 250 camas de grandes hospitais* acedido em 16, Maio, 2015, em http://www.jn.pt/paginaInicial/nacional/interior.aspx?content_id=4048483

Jornal i. (2014). *Dezenas de doentes passam natal no hospital por falta de vaga em cuidados continuados e lares*. Acedido em 16, Maio, 2015, em <http://www.ionline.pt/artigos/portugal/dezenas-doentes-passam-natal-no-hospital-falta-vaga-cuidados-continuados-lares>

Lopes, M. (2010). *Plano nacional de saúde 2011-2016, Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro*. Acedido em 14, Fevereiro, 2015, em <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSC1.pdf> ???

Lopes, M. J. (2012) *Quando o hospital se transforma na casa dos idosos*. Acedido em 23, Novembro, 2014, em <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/quando-o-hospital-se-transforma-na-casa-dos-idosos--1536293>

Lusa. (2013). *Dificuldades económicas impedem familiares de tirarem idosos dos hospitais*. Acedido a 16, Maio, 2015, em <http://sicnoticias.sapo.pt/economia/2013-08-18-dificuldades-economicas-impedem-familiares-de-tirarem-idosos-dos-hospitais>

Lusa. (2014). *Mais de 250 camas de grandes hospitais do país ocupadas este ano com casos sociais*. Acedido em 29, Outubro, 2014 em <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/mais-de-250-camas-de-grandes-hospitais-do-pais-ocupadas-este-ano-com-casos-sociais-1664362>

Martinelli, L. M. (2003). *Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica*. Intervenção Social, 28, 9-18. Acedido em 9, Dezembro, 2014, em <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1060/1181>

Martins, J. P. (2003). *Programação da Alta Hospitalar do Idoso: Um contributo para a continuidade de cuidados: Estudo Exploratório*. Acedido em 14, Dezembro, 2014, em <http://hdl.handle.net/10216/10538>

Masfret, D. C., *O Serviço Social de Saúde e o Planeamento da Alta para a Continuidade de Cuidados na Comunidade* em Carvalho Maria (Eds.), *Serviço Social na Saúde* (pp.55-80). Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais e Políticas Contemporâneas.

Morato, M. (2014). *Austeridade Mata*. Acedido em 18, Dezembro, 2014 em <http://saudesablogspot.pt/2014/10/austeridade-mata.html>

Mozzicafredo, J. (2000). *Estado-providência e cidadania em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

Netto, J.P. (2013). *O assistencialismo e regressividade profissional no Serviço Social*. Intervenção social, 41, Acedido em 9, Dezembro, 2014, em <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1195>

Neves, M., Boquinhas, J., Rodrigues, J., Carrondo, C., Santos, V., Lakhani, R., Carvalho, M. (2014). *A Reforma Hospitalar Soluções Simples para Questões*, (p6-8) out 2014, N.º14 Acedido em 12, Abril, 2015, em <http://spgsaude.pt/website/wp-content/uploads/2014/11/rpgs014.pdf>

Observatório Português dos sistemas de saúde OPSS (2011). *Relatório de primavera 2011, Da depressão da crise Para a governação prospectiva da saúde*. Acedido em 19, Março, 2015, em (http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/781_RP20011_FINAL.pdf)

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing. Acedido em 4, Janeiro, 2015, em http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

Porter, M.(2012). *Michael Porter crítica de saúde portuguesa*. Acedido em 4, Abril, 2015, em <http://expresso.sapo.pt/michael-porter-critica-politica-de-saude-portuguesa=f738428#ixzz3KY3NDC92>

Público. (2014). *Devolução dos hospitais às misericórdias começa sexta-feira*. Acedido em <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/devolucao-de-hospitais-as-misericordias-comeca-na-sexta-feira-1676011>)

Rádio Renascença. (2011). *Há cada vez mais idosos abandonados nos hospitais*. Acedido a 2, Novembro, 2015, em http://rr.sapo.pt/informacao_detalhe.aspx?fid=31&did=6461

Ribeiro, J. - *Relatório final do grupo Técnico para a reforma hospitalar*, Governo de Portugal e Ministério da Saúde

Rosa, E. (2012). *As contas reais do Serviço Nacional de Saúde e os efeitos do programa da EU*, em Varela, R., *Quem para o Estado social em Portugal* (pp.109-118), Bertrand

Rosa, E. (2014a) *Aumento da idade de reforma e do fator de sustentabilidade, mais cortes, descontos e impostos no início 2014* acedido em 11, Novembro, 2014, em <http://www.eugeniorosa.com/Sites/eugeniorosa.com/Documentos/2013/2-2014-novos-ataques.pdf>

Rosa, E. (2014b). *A despesa pública com a saúde em Portugal é muito inferior à média dos países da OCDE e o fosso aumentou*. Acedido em 11, Novembro, 2014, em <http://www.eugeniorosa.com/Sites/eugeniorosa.com/Documentos/2014/34-2014-despsaude.pdf>)

RR, 2014. *Há cada vez mais idosos abandonados nos hospitais*. Acedido a 16, Maio, 2015, em http://rr.sapo.pt/informacao_detalhe.aspx?fid=31&did=6461

Sanches, A. (2014). *Afinal, quantos pobres recebem “950 euros” do Estado?* Acedido em 12, Fevereiro, 2014, em <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/afinal-quantos-pobres-recebem-950-euros-do-estado-1680472>

Santos, B. S. (1990) *O Estado e a sociedade em Portugal (1974-1988)*. Porto: Edições Afrontamento, Porto

Santos, R. B. (01/02/2013). *OCDE diz que Portugal cortou na Saúde o dobro do que negociou com a troika*. Acedido em 3, Dezembro, 2014, em <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/ocde-diz-que-portugal-cortou-o-dobro-na-saude-do-que-acordou-com-a-Troika-1582923>

Santos, R.B. (6/2014). *Mais de 38 mil idosos perderam o complemento solidário no espaço de um ano*. Acedido em 20, Dezembro, 2014, em <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/mais-de-38-mil-idosos-perderam-o-complemento-solidario-no-espaco-de-um-ano-1660967> 30/6/2014

Segurança social. (2015). *Estatísticas*. Acedido em 22, Fevereiro, 2015, em <http://www4.seg-social.pt/estatisticas>

Serapioni, M. (2011) Revista da Associação Portuguesa de Sociologia (Abril 2011). *A participação dos cidadãos nos sistemas de saúde dos países da Europa do Sul: Portugal, Itália e Espanha*. Acedido em 25, Novembro, 2014, em http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/794_APSONline-A%20participa%E7%E3o%20cidad%E3os%20ES-IT-POR.pdf

Soares, M. (2014). *Ministro da Saúde afirma que reforma hospitalar vai demorar pelo menos mais um ano*. Acedido em 2, Dezembro, 2014, em <http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=759878&tm=2&layout=123&visual=61>.

Sodré, F. (2014). *O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento*. Serviço Social e Sociedade, 117, 0101-6628. Acedido em 3, Junho, 2015, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000100005

Teixeira, M. (2012). *Planeamento Integrado de Alta Hospitalar nos Idosos – Dissertação de Mestrado em Saúde e Envelhecimento*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

TVI24. (2011). *Mais de 400 pessoas com alta médica adiada em Lisboa*. Acedido em 4, Abril, 2015, em <http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/hospital/mais-de-400-pessoas-com-alta-medica-adiada-em-lisboa>

Varela, R. (2012). *Quem paga o Estado Social em Portugal*. Bertrand Editora

Varela, R. (2015). *Rumo ao Abismo*. Acedido em 8, Fevereiro, 2015, em <https://raquelcardeiravarela.wordpress.com/page/2/>

Legislação consultada

Direção Geral de Saúde (2006). Circular informativa, Nº: 29/DSPCS, *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*

Decreto -Lei n.º 113 de 29 de novembro de 2011

Decreto-Lei 187-E/2013

Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de abril

Decreto-Lei n.º101/2006

Diário da República, 1.ª série — N.º 195 — 9 de outubro de 2013

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto Lei de Bases da Saúde

Portaria 378-G/2013

Portaria n.º 286-A/2014 de 31 de dezembro

Código do Trabalho- artigo 252

Anexo 1